Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

32 620 **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Nr. 166 **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 oktober 2015

Tijdens het Algemeen Overleg Preventie van 26 februari, heb ik toegezegd u te informeren over de ontwikkelingen in het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid (Kamerstuk 32 793, nr. 171). Tevens zou ik bij deze gelegenheid toelichten waarom gezondheidsbevordering wel een expliciete taak van de gemeente is, maar de uitvoering ervan niet expliciet een onderdeel is van de pijlers van de GGD'en. In het licht daarvan zou ik u ook op de hoogte stellen van de wijze waarop gemeenten momenteel hun beleid rond gezondheidsbevordering vormgeven, met apart aandacht voor de mogelijkheid van evaluatie van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid (preventieve ouderengezondheidszorg).

In het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid zijn we samen met de VNG bezig om onze visie rond Betrouwbare Publieke Gezondheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, zoals neergelegd in de brief aan uw Kamer van 28 augustus vorig jaar (Kamerstuk 32 620, nr. 132) uit te werken en te borgen bij Rijk, gemeenten en GGD'en.
Het doel van het Stimuleringsprogramma is:

1. meer zicht te krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid,
2. de vier pijlers van de GGD'en inhoudelijke verder uit te bouwen en waar nodig te versterken.
3. Inclusief:
4. GGD te positioneren in het sociaal domein, bij het NPP en bij de aanpak van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV).

Hieronder zal ik hierop nader ingaan.
Ad 1. Meer zicht op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid.

kst-32620-166
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Zoals in de brief van augustus vorig jaar aangegeven willen wij er zicht op hebben of het stelsel zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid, werkt. Het RIVM voert deze opdracht uit. Wij hopen aan het eind van het jaar een eerste proeve van de mogelijke indicatoren te ontvangen.
Voor gemeenten zal de VNG in de monitor die voor het sociaal domein in ontwikkeling is, een aantal indicatoren laten toevoegen om over de werking van de publieke gezondheid op het lokale niveau meer zicht te krijgen.
Tussen de projectleiders van deze twee trajecten wordt afgestemd.
Het beoogde inzicht, en dus de indicatoren die ontwikkeld worden, strekken breder dan de vier pijlers van de GGD'en. Zij hebben betrekking op het brede terrein van de publieke gezondheidszorg. Relevante onderdelen die geen pijlers van de GGD vormen, zijn bijvoorbeeld de Jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsbevordering.

Ad 2: De vier pijlers van de GGD.
We hebben met GGD GHOR Nederland afgesproken dat ze aan het eind van het jaar een eerste proeve van de «Staat van de GGD» opleveren. In deze Staat wordt beschreven wat de activiteiten en budgetten van de GGD'en zijn voor de uitvoering van de werkzaamheden voor deze vier pijlers.
De Staat is een belangrijk uitgangsdocument voor het uiteindelijk resultaat van deze exercitie, het benoemen van veldnormen.
Zoals in de brief van augustus 2014 beschreven, is de ontwikkeling van door professionals en bestuurders gedragen veldnormen voor de vier pijlers de rode draad in het Stimuleringsprogramma.

Ad 3: De relatie van de publieke gezondheid met het sociale domein.
In het Stimuleringsprogramma zouden voor de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en het sociale domein, en de rol en positie van de GGD daarin (met alle informatie die ze via de monitors over de gezondheid van de burgers in de gemeenten hebben), best practices in kaart worden gebracht en beschikbaar gesteld.
Er gebeurt al heel wat op dit terrein. In het kader van het Stimuleringsprogramma is dan ook besloten aan te sluiten bij de vernieuwingsagenda van WMO, de Jeugdagenda 2015–2018 en het Stimuleringsprogramma Gezond in… dat wordt uitgevoerd in 164 gemeenten.
Het stimuleringsprogramma «Gezond in....» richt zich op het ondersteunen van de 164 GIDS-gemeenten om de lokale en integrale aanpak van gezondheidsachterstanden vorm te geven. Het is bij uitstek een voorbeeld van de verbinding tussen de publieke gezondheid en het sociale domein.
Ook twee recente voorbeelden uit de Jeugdgezondheidszorg geven inzicht in de mogelijkheden en kansen om deze aansluiting te verbeteren. Het eerste voorbeeld betreft de implementatie van het extra contactmoment van adolescenten. De Jeugdgezondheidszorg heeft een goed beeld van de gezondheid van jongeren op een school. Scholen kunnen deze kennis benutten voor hun schoolgezondheidsbeleid. Een ander voorbeeld is M@zle (medische advisering ziek-gemelde leerlingen). Een effectieve methodiek voor een integrale aanpak van ziekteverzuim bij scholieren. De school, de jeugdarts, ouder & kind en leerplichtambtenaar werken samen aan de weg terug naar school. Ieder vanuit zijn eigen rol.
Ook in de uitvoering van het amendement Wolbert, om de gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën aan te pakken is de samenwerking van de publieke gezondheid en het sociaal domein al geconcretiseerd. Het programma staat voor een outreachende, positieve aanpak die verbindingen maakt tussen verschillende domeinen en sectoren die van invloed zijn op sociaal economische gezondheidsverschillen. Samen met burgers en organisaties wordt gezocht naar oplossingen en gebruik gemaakt van de kracht van de regio. Hiermee leveren we een bijdrage aan de kwaliteit

van leven van de bewoners, de leefbaarheid in het gebied en kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. De uitwerking betreft allesbehalve een dichtgetimmerd plan; het uitgangspunt is dat werkenderwijs («organisch») wordt ontdekt hoe de regio door verbinding, versterking en aanvulling van bestaand beleid transgenerationele gezondheidsproblematiek kan ombuigen naar nieuwe kansen. Een mooi voorbeeld voor andere regio's in Nederland.

Aan de hand van de resultaten die in december voorliggen, kan worden overzien welke inspanningen vereist zijn om het Stimuleringsprogramma binnen de voorgestelde periode tot een succesvol einde te brengen. Uiteraard wordt u daarover geïnformeerd.

Gezondheidsbevordering.

Met betrekking tot gezondheidsbevordering heb ik u beloofd u een nadere toelichting te geven op onze keuze om deze taak van de publieke gezondheid niet als een aparte pijler bij de GGD te positioneren en u te informeren over de wijze waarop gemeenten hun beleid rond gezondheidsbevordering vormgeven.

In de brief «Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk» (Kamerstuk 32 620, nr. 132) wordt onderscheid gemaakt tussen de meer medisch georiënteerde taken en maatschappelijk georiënteerde taken. Bij de pijlers van de GGD gaat het om de meer medisch georiënteerde taken (vb. infectieziektebestrijding), waarbij in hoge mate volgens professionele protocollen wordt gewerkt en een uniforme uitvoering van cruciaal belang is voor de kwaliteit en effectiviteit van de maatregelen. Ze vragen een gespecialiseerde deskundigheid met een hoge mate van continuïteit en duidelijke aanspreekpunten (zowel voor de lokale als de landelijke overheid). Deze taken dienen daarom bij de GGD'en te worden belegd en vormen de vier pijlers van iedere GGD. De beleidsruimte voor de gemeente is daar vaak relatief beperkt.

De meer maatschappelijk georiënteerde taken richten zich op het gedrag en de leefomgeving van mensen, zoals de gemeentelijke taak op het terrein van gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering is een breed onderwerp. Het gaat op lokaal niveau over veel verschillende thema's (alcohol, overgewicht, bewegen, etc.), doelgroepen (jeugd, ouderen) en betrokken partijen (GGD, thuiszorg, welzijnsinstellingen, sportorganisaties, scholen etc.). Niet zozeer landelijke uniformiteit maar juist gemeentelijk maatwerk is belangrijk omdat de focus en aanpak afhangt van de specifieke lokale situatie of doelgroep. De effectiviteit van interventies wordt sterker beïnvloed door de lokale context. Er is sprake van een integrale aanpak waarbij gezondheid wordt bevorderd door verbindingen te leggen met andere beleidsterreinen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn zoals het sportbeleid, ruimtelijke ordening en welzijn.
De lokale praktijk laat dan ook zien dat gemeenten gezondheidsbevordering gevarieerd aanpakken, in veel verschillende projecten en met veel verschillende en wisselende partijen, in een lokale context die overal anders is. Ter illustratie hiervan vindt u in de bijlage (**bijlage 1**[1]) bij deze voortgangsrapportage een overzicht van een aantal gezondheidsbevorderende projecten die gemeenten hebben uitgevoerd in het kader van het ZonMw-programma Gezonde slagkracht (2009–2014), gericht op het versterken van lokaal gezondheidsbeleid ten aanzien van de thema's schadelijk alcoholgebruik, roken, drugs en overgewicht. Dit overzicht van

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

ZonMw maakt duidelijk dat gemeenten op veel verschillende manieren het beleid met betrekking tot gezondheidsbevordering vormgeven en dat de aanpak en betrokken partijen per gemeente sterk kan verschillen. Een zelfde gevarieerd beeld is te zien ten aanzien van de rol van de GGD: in de ene lokale setting heeft de GGD de projectleiding gekregen van de gemeente, in de andere lokale setting heeft de GGD helemaal geen rol. Ook in de uitvoering van het amendement Wolbert, dat hierboven is beschreven, om de gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën aan te pakken zien we dit gevarieerde beeld terug.
Uit de genoemde voorbeelden blijkt ook dat een uitputtend overzicht van de gemeentelijke inzet op het terrein van gezondheidsbevordering niet is te geven en ook niet zinvol is. Dat neemt niet weg dat ik vanuit mijn stelselverantwoordelijkheid wel zicht wil hebben op wat gemeenten doen. Naast de rapportages van bijvoorbeeld ZonMw, gebruik ik daarvoor de onderzoeken van GGD GHOR NL naar de inhoud van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid. Gezondheidsbevordering maakt daar een onderdeel van uit. In **bijlage 2** vindt u de factsheet van de laatste rapportage die GGD GHOR NL heeft gemaakt in opdracht van VWS[2]. Hieruit blijkt onder andere dat gezondheidsbevordering een thema is dat in bijna alle onderzochte nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid terugkomt.
Belangrijk onderdeel van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid is het ontwikkelen van een indicatorenset om meer zicht te krijgen op de inzet en effectiviteit van het stelsel van publieke gezondheid. Zoals aangegeven heeft het RIVM opdracht gekregen om deze te ontwikkelen. Daarin wil ik ook het thema gezondheidsbevordering een nadrukkelijke plaats geven. Hierdoor wordt op een meer structurele en systematische wijze een beeld verkregen van de werking van het stelsel, inclusief gezondheidsbevordering door gemeenten.

Preventieve ouderengezondheidszorg (artikel 5a)

Tot slot heeft u tijdens het Algemeen Overleg in februari aandacht gevraagd voor de preventieve ouderengezondheidszorg (artikel 5a van de Wet publieke gezondheid). U vroeg mij toen of het geen tijd was voor een evaluatie van dit artikel. Ik heb inmiddels met de ouderenbonden gesproken en geconcludeerd dat er veel wordt ingezet op ouderen, maar dat dit wellicht in diverse programma's een plek heeft. Er is een focuslijst door de Ouderenbonden opgesteld. Deze focuslijst is het vertrekpunt om breed naar ouderen te kijken en de mogelijkheden van preventie gericht op ouderen te verkennen. Tevens is met de Ouderenbonden gesproken over het inzetten van het netwerk van «Alles is gezondheid» om ideeën van de bonden lokaal dan wel regionaal verder te brengen. Daarnaast gaan we een brede maatschappelijke discussie met partners uit het netwerk van «Alles is gezondheid», Ouderenbonden, maar ook zeker met ouderen zelf voeren. Tijdens deze bijeenkomst wordt de vraag centraal gezet «waar gaat het bij preventie gericht op ouderen om?» Wanneer zet je deze effectief in en wie heb je daarvoor nodig. Daarbij wordt ook zeker de focuslijst van ouderenbonden meegenomen. Op basis van deze uitkomsten wordt bezien hoe het vervolg eruit ziet. Tevens wordt in de landelijke nota gezondheidsbeleid, die binnenkort zal verschijnen, aandacht voor dit onderwerp gevraagd aan gemeenten. Met de nieuwe wetgeving (wet Langdurige Zorg en wet Maatschappelijke ondersteuning) en de relatie met dit artikel is er voor gemeenten basis genoeg om preventieve ouderengezondheidszorg verder vorm te geven. Ook hier is de verbinding tussen publieke gezondheidszorg en het sociale domein dus aan de orde. De vertaling die gemeenten maken naar hun lokale nota's gezondheidsbeleid en de uitkomsten van de maatschappelijke

---

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

discussie wil ik meenemen in de te houden evaluatie. In 2017 verwacht ik op beide punten meer zicht op te hebben.

Tot zover de voortgang van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. Hoewel alle partners zich positief opstellen bij de uitwerking van de voornemens, blijkt het in de praktijk lang niet altijd gemakkelijk om een gezamenlijk traject met deze ambities uit te voeren. Dat vraagt voortdurend overleg en afstemming. Ik wil dan ook graag in de richting van de VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland mijn waardering voor hun inzet en inspanningen voor dit traject uitspreken.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn